



PATIENTENVERFÜGUNG:

MUSTER KOSTENLOS

- Muster für Patientenverfügung entspricht rechtlich den aktuellsten Vorgaben
- Mit Vorlage Patientenverfügung Patientenwillen rechtssicher festlegen
- Kostenloses Muster ausdrucken und Felder ausfüllen

Das bietet die intelligente Premium-Vorlage Patientenverfügung:

- PDF und Word am PC oder Mac bearbeiten
- Editieren und Eingaben abspeichern
- Mit selbstrechnenden Feldern & Hilfetexten
- Version in MS Word frei gestalten

Zur Premium-Vorlage: [Patientenverfügung](#)



Unser Muster stellt nur einen Anhaltspunkt dar und vermag eine fachkundige Beratung, etwa durch einen Rechtsanwalt oder Notar, nicht zu ersetzen.

Bitte verwenden Sie für den Ausdruck des Dokuments die Standardeinstellungen Ihres Druckers. Es sind keine Seitenanpassungen oder Verkleinerungen des Druckbereichs erforderlich.

© Alle Rechte liegen bei der Formblitz GmbH, Berlin.
Nachdruck, Vervielfältigung und Verbreitung bedürfen der Zustimmung der Formblitz GmbH.

Diesen Vordruck sowie weitere Formulare und Musterverträge zum Download erhalten Sie auf

www.formblitz.de

ANLEITUNG ZUR PATIENTENVERFÜGUNG



Bedeutung & Hintergrund

Mit einer Patientenverfügung können Sie schriftlich festlegen, welche Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe Sie für sich wünschen und welche Sie ablehnen. Es handelt sich um eine **Vorausverfügung**, die Sie jederzeit erstellen können, selbst wenn noch nicht absehbar ist, wann Ihr gesundheitlicher Zustand den Einsatz der Patientenverfügung erforderlich machen wird. Seit die Patientenverfügung ihren Platz im Bürgerlichen Gesetzbuch gefunden hat, ist grundsätzlich der darin festgelegte **Patientenwille verbindlich** zu beachten.



Das ist vorher zu klären

Bevor Sie eine Patientenverfügung verfassen, sollten Sie sich mit den einzelnen Punkten auseinandersetzen. Was sind Ihre **Wertvorstellungen**, welche Dinge sind Ihnen wichtig? Nehmen Sie sich Zeit, es kann sehr schwerfallen, sich mit Grenzbereichen des Lebens zu beschäftigen. Sprechen Sie mit Ihrer Familie und Vertrauenspersonen. Den medizinischen Teil kann Ihnen Ihr **Hausarzt** weitgehend erläutern. Da die Entscheidung einschneidende Konsequenzen haben kann, sollten Sie sich selbst nicht unter Druck setzen.



Form & Inhalt

Der Gesetzgeber hat die formellen Anforderungen möglichst niedrig angesetzt. Es reicht daher aus, dass die Patientenverfügung **schriftlich** fixiert wurde. Einen Notar oder Rechtsanwalt muss man also nicht aufsuchen. Anders als bei Testamenten ist es auch nicht erforderlich, den Text handschriftlich abzufassen. Sie können also diese Vorlage nach Ihren Vorstellungen ausfüllen. Falls Sie bestimmte Fragen gar nicht regeln wollen, streichen Sie diese unzutreffenden Punkte durch. Die Verfügung muss **eigenhändig unterschrieben** und **datiert** werden.



Aufbewahrung

Sorgen Sie rechtzeitig dafür, dass Ihre Patientenverfügung sofort auffindbar ist. Sie können gegen eine geringe Gebühr die Patientenverfügung beim **Vorsorgeregister der Notarkammer** registrieren lassen. Das ist auch möglich, wenn die Patientenverfügung privat erstellt wurde! Das Betreuungsgericht ruft im Notfall die dort hinterlegten Daten ab. Jederzeit mit sich führen sollten Sie eine sogenannte **Notfallkarte**, auf der Sie notieren, dass Sie eine Patientenverfügung errichtet haben und wo sie zu finden ist.



Was müssen die Angehörigen wissen?

Den Inhalt Ihrer Patientenverfügung sollten Sie unbedingt mit Ihren engsten Angehörigen besprechen. Nennen Sie auch die **Hintergründe für Ihre Entscheidungsfindung**. Denn es kann immer zu Situationen kommen, in denen sich der Inhalt Ihrer Patientenverfügung nicht genau mit Ihrem Lebenssachverhalt deckt. In dem Fall werden Ihre Angehörigen befragt, um Ihren mutmaßlichen Willen zu ermitteln. Auch den Aufbewahrungsort der Patientenverfügung sowie die Kontaktdaten Ihres Hausarztes sollten die Angehörigen kennen.



Gültigkeitsdauer & Widerrufsmöglichkeit

Eine Patientenverfügung ist **zeitlich unbegrenzt** gültig. Je länger aber der Zeitpunkt der Abfassung zurückliegt, desto eher können Zweifel darüber aufkommen, dass die Patientenverfügung noch Ihrem aktuellen Willen entspricht. Insofern wird empfohlen, die Patientenverfügung regelmäßig – **etwa alle zwei Jahre** – zu **aktualisieren**. In diesem Zusammenhang können Sie auch für sich selbst klären, ob Ihre Einstellung unverändert ist. Sollten Sie Ihre Meinung geändert haben, vernichten Sie das Dokument am besten. Ein ausdrücklicher Widerruf ist nicht erforderlich.

PATIENTENVERFÜGUNG



Für den Fall, dass ich,

VORNAME UND NAME

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ UND STADT

GEBURTSDATUM

aufgrund von Krankheit, Unfall, Bewusstlosigkeit oder Bewusstseinsbeeinträchtigung nicht mehr in der Lage bin, meine Wünsche bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, verfüge ich Folgendes:

1. Diese Verfügung gilt für die nachfolgenden exemplarischen Situationen:

Wenn ich

- mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
 ja nein
- mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
 ja nein
- infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärztinnen bzw. Ärzte,

 aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung (z.B. durch einen Unfall, Schlaganfall oder eine Entzündung) ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung (z.B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen). Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.
 ja nein
- infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z.B. bei einer Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zunehmen.
 ja nein
-

ja nein

2. Lebenserhaltende Maßnahmen

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass alles medizinisch Mögliche getan wird, um mich am Leben zu erhalten und meine Beschwerden zu lindern.
 ja nein
- (und) Organspenden oder fremdes Gewebe etc. zu erhalten, wenn dadurch mein Leben verlängert werden könnte.
 ja nein
- dass alle lebenserhaltenden Maßnahmen unterlassen werden. Hunger und Durst sollen ausschließlich auf natürliche Weise gestillt werden, gegebenenfalls mit Hilfestellung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ich wünsche fachgerechte Pflege von Mund und Schleimhäuten sowie menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege und das Lindern von Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Angst, Unruhe und anderer belastender Symptome.
 ja nein

3. Schmerz- und Symptombehandlung

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich eine fachgerechte Schmerz- und Symptombehandlung,

- aber ohne den Einsatz bewusstseinsdämpfender Mittel.
 ja nein
- auch mit Hilfe bewusstseinsdämpfender Mittel, wenn alle sonstigen medizinischen Möglichkeiten zur Beschwerdelinderung versagen.
 ja nein

Die unwahrscheinliche Möglichkeit einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit aufgrund von schmerz- und symptomlindernden Maßnahmen nehme ich in Kauf.

- ja nein

4. Künstliche Ernährung

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Ernährung begonnen oder weitergeführt wird, wenn mein Leben damit verlängert werden kann.
 ja nein
- dass keine künstliche Ernährung erfolgt – unabhängig von ihrer Form der Zuführung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge).
 ja nein
- dass eine künstliche Ernährung nur bei palliativmedizinischer Indikation Beschwerdelinderung erfolgt.
 ja nein

5. Künstliche Flüssigkeitszufuhr

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich,

- eine künstliche Flüssigkeitszufuhr, wenn mein Leben damit verlängert werden kann.
 ja nein
- die Unterlassung jeglicher künstlichen Flüssigkeitszufuhr, unabhängig von ihrer Form der Zuführung (z.B. Magensonde durch Mund, Nase oder Bauchdecke, venöse Zugänge).
 ja nein
- dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Beschwerdelinderung erfolgt.
 ja nein

6. Wiederbelebung

6.1 In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass in jedem Fall Wiederbelebungsversuche unternommen werden.
 ja nein
- dass Versuche zu meiner Wiederbelebung unterbleiben.
 ja nein
- (und) dass der Notarzt nicht verständigt bzw. dass ein gegebenenfalls hinzugezogener Notarzt unverzüglich über meine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen informiert wird.
 ja nein

6.2 Nicht nur in den oben beschriebenen Situationen, sondern auch in allen anderen Fällen eines Kreislaufstillstands oder Atemversagens

- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab.
 ja nein
- lehne ich Wiederbelebungsmaßnahmen ab, sofern diese Situationen nicht im Rahmen medizinischer Maßnahmen unerwartet eintreten.
 ja nein

7. Künstliche Beatmung

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich,

- künstlich beatmet zu werden, falls dies mein Leben verlängern kann.
 ja nein
- dass keine künstliche Beatmung durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Beatmung eingestellt wird, unter der Voraussetzung – dass ich Medikamente zur Linderung der Luftnot erhalte. Die Möglichkeit einer Bewusstseinsdämpfung oder einer ungewollten Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Medikamente nehme ich in Kauf.
 ja nein

8. Dialyse

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich,

- dass eine künstliche Blutwäsche (Dialyse) durchgeführt wird, falls dies mein Leben verlängern kann.
 ja nein
- dass keine Dialyse durchgeführt bzw. eine schon eingeleitete Dialyse eingestellt wird.
 ja nein

9. Antibiotika

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

- Antibiotika, falls dieses mein Leben verlängern kann.
 ja nein
- keine Antibiotika.
 ja nein
- Antibiotika nur bei palliativmedizinischer Indikation zur Linderung meiner Beschwerden.
 ja nein

10. Blut und Blutbestandteile

In den unter Ziffer 1 beschriebenen Situationen wünsche ich

- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen, falls dies mein Leben verlängern kann.
 ja nein
- die Gabe von Blut oder Blutbestandteilen nur bei palliativmedizinischer Indikation nur zur Linderung meiner Beschwerden.
 ja nein
- keine Gabe von Blut oder Blutbestandteilen.
 ja nein

11. Organspende

- Ich lehne eine Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.
 ja nein
- Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt und
 ja nein
- ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu. Komme ich – nach ärztlicher Beurteilung – bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann
 ja nein

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
 ja nein
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.
 ja nein

12. Ort der Behandlung

Ich möchte

- zum Sterben ins Krankenhaus verlegt werden.
 ja nein
- wenn irgend möglich – zu Hause bzw. in vertrauter Umgebung sterben.
 ja nein
- wenn möglich – in einem Hospiz sterben.
 ja nein

13. Beistand

Ich möchte

- Beistand durch folgende Personen:

ja nein

- Beistand durch eine Vertreterin oder einen Vertreter folgender Kirche oder Weltanschauungsgemeinschaft:

ja nein

- hospizlichen Beistand.
 ja nein

14. Verbindlichkeit, Auslegung, Durchsetzung und Widerruf der Verfügung

- 14.1 Ich erwarte, dass mein in dieser Verfügung geäußertes Wille zu bestimmten ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie dem Behandlungsteam befolgt wird. Mein/e Vertreter/ in – z.B. mein(e) Bevollmächtigte/r/ Betreuer(in) – soll/en dafür Sorge tragen, dass mein Wille durchgesetzt wird.

Sollte eine Ärztin, ein Arzt oder das Behandlungsteam nicht bereit sein, diesen hiermit geäußerten Willen zu befolgen, erwarte ich, dass für eine anderweitige medizinische und/oder pflegerische Behandlung gesorgt wird. Von meiner/meinem Vertreter/in erwarte ich, dass sie/er die weitere Behandlung so organisiert, dass meinem Willen entsprochen wird.

ja nein

14.2 In Situationen, die in dieser Patientenverfügung nicht konkret geregelt sind, ist mein mutmaßlicher Wille möglichst im Konsens aller Beteiligten, also mit den behandelnden Ärzten, dem Behandlungsteam, meinem Bevollmächtigten bzw. meinem Betreuer, zu ermitteln. Dafür soll diese Patientenverfügung als Richtlinie maßgeblich sein. Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen:

meiner/meines Bevollmächtigten.
 ja nein

meiner/meines Betreuers/in.
 ja nein

der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.
 ja nein

14.3 Wenn ich meine Patientenverfügung nicht widerrufen habe, wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Anwendungssituation eine Änderung meines Willens unterstellt wird. Wenn aber die behandelnden Ärzte, das Behandlungsteam, mein Bevollmächtigter bzw. mein Betreuer, aufgrund meiner Gesten, Blicke oder anderen Äußerungen die Auffassung vertritt bzw. vertreten, dass ich – entgegen den Festlegungen in meiner Patientenverfügung – doch behandelt oder nicht mehr behandelt werden möchte, dann ist – möglichst im Konsens aller Beteiligten – zu ermitteln, ob die Festlegungen in dieser Verfügung noch meinem aktuellen Willen entsprechen.

ja nein

14.4 Bei unterschiedlichen Meinungen über anzuwendende oder zu unterlassende ärztliche/pflegerische Maßnahmen soll der Auffassung folgender Personen besondere Bedeutung zukommen

meiner/meines Bevollmächtigten.
 ja nein

meiner/meines Betreuers/in.
 ja nein

der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes.
 ja nein

ja nein

15. Hinweis auf weitere Vorsorgeverfügungen

Ich habe zusätzlich zu dieser Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten erteilt und den Inhalt der Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen:

VORNAME UND NAME

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ UND STADT

TELEFON/E-MAIL

- Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit nachfolgend genannter/ genanntem, von mir gewünschtem/n Betreuer/in besprochen:

VORNAME UND NAME

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ UND STADT

TELEFON/E-MAIL

- Ich habe einen Notfallbogen ausgefüllt, den auch mein/e Hausarzt/Hausärztin bestätigt hat.

ja nein

16. Hinweise auf beigelegte Erläuterungen zur Patientenverfügung

Als Interpretationshilfe zu meiner Patientenverfügung habe ich als Anlage zu dieser Patientenverfügung beigelegt:

- eine Darstellung meiner allgemeinen Wertvorstellungen.

ja nein

- sonstige Unterlagen, die ich für wichtig erachte.

17. Aktualisierung

- Diese Patientenverfügung gilt solange, bis ich sie widerrufe.

ja nein

- Diese Patientenverfügung soll nach Ablauf von _____ ihre Gültigkeit verlieren, es sei denn, dass ich sie durch meine Unterschrift erneut bekräftige.

ja nein

18. Information/Beratung

Ich habe mich vor der Erstellung dieser Patientenverfügung informiert bei/durch

VORNAME UND NAME

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ UND STADT

GEBURTSDATUM

TELEFON/E-MAIL

und beraten lassen durch

VORNAME UND NAME

STRASSE UND HAUSNUMMER

PLZ UND STADT

GEBURTSDATUM

TELEFON/E-MAIL

- Soweit ich bestimmte Behandlungen wünsche oder ablehne, verzichte ich ausdrücklich auf eine (weitere) ärztliche Aufklärung.
- ja nein

19. Schlussbemerkungen

- 19.1 Mir ist bekannt, dass es rechtlich jederzeit möglich ist, diese Patientenverfügung zu ändern oder zu widerrufen. Die Vorsorgevollmacht für den Gesundheitsbereich kann jederzeit ohne Einhaltung einer Form widerrufen werden.
- ja nein
- 19.2 Ich bin mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner hier getroffenen Entscheidungen bewusst.
- ja nein
- 19.3 Ich bin mir über die Bedeutung dieser Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht bewusst und habe die Verfügungen in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck erstellt.
- ja nein

Ort und Datum

Ärztliche Aufklärung und Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit

Herr/Frau _____ wurde von mir am _____ über mögliche Folgen dieser Patientenverfügung aufgeklärt. Er/Sie war in vollem Umfang einwilligungsfähig.

Ort und Datum

Name und Stempel Arzt

Aktualisierung

1. Die vorstehend gemachte Erklärung entspricht noch immer meinem Willen, den ich mit meiner erneuten Unterschrift bekräftige.

Ort und Datum

Name Patient/in

2. Die vorstehend gemachte Erklärung entspricht noch immer meinem Willen, den ich mit meiner erneuten Unterschrift bekräftige.

Ort und Datum

Name Patient/in

3. Die vorstehend gemachte Erklärung entspricht noch immer meinem Willen, den ich mit meiner erneuten Unterschrift bekräftige.

Ort und Datum

Name Patient/in

HINWEISE ZUM BESCHLUSS DES BGH VOM 6. JULI 2016 (XII ZB 61/16):

Der Bundesgerichtshof hat in dem oben genannten Beschluss klargestellt, dass eine Patientenverfügung möglichst konkret formuliert werden muss. Es reicht also nicht aus, pauschal lebensverlängernde Maßnahmen abzulehnen.

Sie sollten – wie in der Vorlage vorgesehen – genau niederlegen, welche Behandlungsmaßnahmen spezifisch gewünscht sind oder abgelehnt werden. Gleichzeitig sollte immer darauf Bezug genommen werden, ob die in der Patientenverfügung konkret festgelegten Behandlungswünsche (z. B. die Durchführung oder die Ablehnung bestimmter Maßnahmen wie die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr) in allen konkret beschriebenen Behandlungssituationen gelten sollen oder ob für verschiedene Situationen auch verschiedene Behandlungswünsche festgelegt werden sollen. Lassen Sie sich von einer fachkundigen Person bei der Erstellung der Patientenverfügung beraten und stellen Sie damit sicher, dass Sie alle medizinischen Fragen verstanden und umfassend geklärt haben.